



**CROCE ROSSA ITALIANA – CORPO MILITARE
IV° CENTRO DI MOBILITAZIONE GENOVA
UFFICIO NA.A.PRO. SAVONA**

**CORSO INFORMATIVO
“EMERGENZA A DIMENSIONE DI BAMBINO”
17 – 26 Gennaio 2011**

Savona, complesso Monumentale del Priamar - Sala della Sibilla (g.c.)

CORSO INFORMATIVO

“EMERGENZA A DIMENSIONE DI BAMBINO”

Responsabile scientifico dell’evento: S. Ten. Med. CRI (cgd) Dr. Angelo Giusto
Responsabile Organizzativo dell’evento: Cap. Comm. CRI (cgd) Carlo Colla

L’”universo bambino” rappresenta una realtà del tutto a sé stante nell’approccio al soggetto, così come nell’espletamento di un’operazione di soccorso.-

La sua gestione può diventare una situazione particolarmente drammatica in contesti quali quello urbano, in uno scenario di Peace-Keeping o Peace-Enforcing, o nell’evento di una calamità naturale.-

Nel solco di continuità che vide una straordinaria partecipazione di pubblico ed un particolare interesse all’evento “Approccio psicologico alle emergenze ed alle situazioni di rischio critiche”, si propone a tutti gli Enti interessati (Componenti della Croce Rossa Italiana, Forze dell’Ordine, Vigili del Fuoco, appartenenti alla Protezione Civile) ed a coloro che, quotidianamente, si confrontano con situazioni di emergenza o urgenza che coinvolgano un bambino il presente evento formativo.-

Attraverso la trattazione di alcuni punti-chiave, il dialogo tra relatori e uditorio, e la Tavola Rotonda della serata finale, si pensa di poter fornire alcune strategie ed un utile strumento di lavoro, applicabile quotidianamente ed in ogni situazione sia necessario interagire con un bambino che ha bisogno.-

Certi che l’iniziativa troverà analogo riscontro di favore come la precedente, si porgono distinti saluti.-

Savona, 15 Settembre 2010

Cap. Comm. C.R.I. (cgd)
Carlo COLLA

S.Ten. Med. C.R.I. (cgd)
Dr. Angelo Giusto

Programma del Corso

PRIMA SERATA: Lunedì 17 Gennaio

“Aiuto: cosa succede? Ho paura”.

L'emergenza vista da e con gli occhi di un bambino

- Ore 20.30 – 20.45: Registrazione dei partecipanti e accoglienza
- 20.45 – 21.00: Presentazione dell'evento formativo, Saluto delle Autorità
- **21.00 – 22.30: Relazione: “Approccio al bambino nelle diverse età, nei diversi contesti e nelle diverse circostanze”** (S. Ten. Med. CRI (cgd) Dr. Angelo Giusto
- 22.30: Discussione con l'uditorio

SECONDA SERATA: Lunedì 24 Gennaio

“Cosa non vorremmo mai vedere. Il bambino trascurato, il bambino che ha paura, il bambino abusato. Metodologie di approccio e strategie per gli operatori”

- Ore 20.45 – 21.00: Presentazione della serata e dei Relatori
- 21.00 – 21.45: prima relazione: **“Il bambino abusato”**; Dr. Leonardo Magnani, Medico dell'Emergenza, Specialista in Ginecologia Pediatrica – Ospedale di Careggi (FI)
- 21.45 – 22.00: Break
- 22.00 – 22.45: Relazione: **“Operatori dell'Emergenza-Urgenza: Cosa fare?”**; Dr.ssa Rosita Bormida - Psicologo Infantile e psicoterapeuta S.C.A.Consultoriale ASL 2 “Savonese”; Segue discussione con l'uditorio;

TERZA SERATA: Mercoledì 26 Gennaio

Ore 20.45 – 22.30: Tavola Rotonda, aperta agli iscritti ed alla popolazione:

“Emergenza a dimensione di bambino. Cosa dicono gli esperti”

- Prof. Dr. A. Cohen (Direttore Dipartimento di Pediatria Ospedale S. Paolo Savona)
- Dr. G.B. Ferro (Magistrato, Procura della Repubblica presso il Tribunale di Savona)
- C.F. (CP) Dr. Marco Nobile, insegnante militare, esperto in normativa giuridica
- Prof. Dr. Marco Testi (Medico legale, Criminologo, Università degli Studi di Torino)
- Dr. Angelo Giusto (moderatore)

Lunedì 17 Gennaio 2011

Ten. Med. C.R.I. (cgd) Dr. Angelo Giusto

APPROCCIO AL BAMBINO NELLE DIVERSE ETA', NEI DIVERSI CONTESTI, E NELLE DIVERSE CIRCOSTANZE

Emergenza e bambini

Definizione

*CIRCOSTANZA, DIFFICOLTÀ IMPREVISTA
SITUAZIONE CRITICA, DI GRAVE PERICOLO*

Bambini... ma quando?



- Un **bambino** è un essere vivente appartenente alla specie umana di sesso maschile o femminile. A seconda del contesto, il termine può indicare un soggetto che non ha ancora raggiunto la pubertà, oppure che non ha ancora raggiunto 10 anni
- L'UE, nella decisione 2004/68/GAI del Consiglio contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pornografia infantile, definisce fanciullo "una persona d'età inferiore ai diciotto anni"; tale definizione è in accordo con la convenzione Onu sui Diritti dell'Infanzia che, all'articolo 1, definisce fanciullo ogni essere umano da 0 a 18 anni (non compiuti) di età!

Il bambino NON è un adulto in miniatura!

Il bambino spaventato

I bambini spaventati sono dotati di molte risorse quando si tratta di rendere meno insidiosa una circostanza o più sicuro un luogo. Alcuni smettono di parlare e si ritirano nel mutismo, altri si costruiscono un mondo di amici immaginari, altri scappano di casa o da scuola in quanto è troppo doloroso rimanervi.

Questi bambini non corrono incontro a nulla, ma corrono via dalle cose che li terrorizzano!

Molti bambini spaventati non sanno che quella che provano è paura!

Il loro obiettivo è in genere solo quello di evitare nuove situazioni. Per questo la loro protesta suona quindi come un “*Non voglio*” piuttosto che come “*Ho paura*”!

La paura uccide il gioco, può bloccare qualunque capacità di rapportarsi con gli altri, la capacità di apprendimento ed il desiderio di conoscere il mondo!

Elaborazione del lutto nel bambino

In caso di lutto l'indicazione principale è "parlarne è meglio che evitare di farlo". Dire la "verità" e trovare gli strumenti per affrontarla, aiuta il bambino ad organizzarsi per far fronte alla situazione. Consentire l'espressione delle emozioni, riconoscerle e farle riconoscere è l'aiuto concreto che si può dare al bambino colpito da lutto.

Il dolore, la nostalgia, la rabbia sono emozioni possibili, naturali rispetto all'evento. Evitare il dolore non è la strategia migliore, in quanto il dolore è un'emozione e come tale va vissuta. Ciascuno reagisce in modo diverso; alcuni ne parlano e fanno tante domande, altri si chiudono e si isolano. In ogni caso è importante rispettare la reazione che il bambino manifesta.

Recenti studi affermano che tra i due e i quattro anni la morte è vissuta in modo articolato, e gradualmente viene compresa come cessazione delle funzioni vitali (il cuore non batte più, il respiro si ferma), come fine di tutto e impossibilità al ritorno alla vita. In seguito, il bambino comprende che la morte, universale, riguarda tutti: piante, animali e persone, i propri cari e se stesso.

Se invitiamo per esempio un bambino a parlare della morte di un animale, egli ne parlerà con naturalezza, evidenziando il proprio dispiacere per la morte dell'animale preferito. Dai sei anni in avanti, quasi tutti i bambini hanno chiaro il concetto che la morte implica la cessazione delle funzioni vitali, l'irreversibilità e l'universalità.

Il vero problema, quindi... C'è un problema? E' tutto OK? Non so?

Poniamoci alcuni obiettivi

- Identificare le sfide nella valutazione pediatrica
- Definire una valutazione pediatrica specifica. Strumenti: il triangolo di valutazione pediatrica (PAT)
- Integrare le conoscenze dello sviluppo pediatrico per formarsi un'impressione generale, capire se va tutto bene o qualcosa non va, per bambini di differenti gruppi di età
- Discutere la decisione se restare sul posto o andare, con particolare riguardo se e come trattare il piccolo sulla scena, oppure trasportarlo
- La sfida della valutazione pediatrica
- Il termine “Pediatrico” si riferisce a persone che vanno da 0 anni fino alla maggiore età
- Conoscere le importanti variazioni nello sviluppo fisico, cognitivo ed emozionale di un paziente pediatrico
- Distinguere il normale dall'anormale richiede conoscenze specifiche riferite al gruppo di età

La sfida principale della valutazione pediatrica: collocare ogni bambino nel suo giusto contesto!

- Il termine “Pediatrico” si riferisce a persone che vanno da 0 anni fino alla maggiore età
- Conoscere le importanti variazioni nello sviluppo fisico, cognitivo ed emozionale di un paziente pediatrico
- Distinguere il normale dall’anormale richiede conoscenze specifiche riferite al gruppo di età

Più sono giovani...

- I bimbi abbisognano **di più**: più ossigeno, di più glucosio, di un flusso cerebrale maggiore, di una più precisa termoregolazione....
- Tutti i sistemi sono immaturi
- Tutti i tessuti sono più fragili
- Tutti i bambini sono più sensibili alla disidratazione
- Tutti i bambini sono più predisposti all’ipoglicemia

Classificazione per età

Neonati & Infanti: < 1 anno

- Ansietà per la separazione, sono facilmente confortati dai genitori
- Abbisognano di calore
- Seguono i volti e sorridono

Esempio di “Emergenza per questo bambino”: Neonato:

Emergenza:

Assenza del contatto “tattile”, dell’incontro con gli occhi di chi se ne prende cura

Azione:

Prendere in braccio il bambino, cullarlo, scaldarlo, rassicurarlo

Prescolari: 3 – 5 anni

- Manifestano facilmente il proprio carattere
- Hanno paura dei rimproveri
- Importante chiedere a loro
- Possibilità di abuso domestico

Esempio di “Emergenza per questo bambino”: Toddler:

Emergenza:

Perdita della *figura* di riferimento, perdita dei *luoghi* di riferimento, smarrimento e paura

Azione:

Approcciare il bambino, catturarne l’attenzione, conquistarne la fiducia

Bimbo in età scolare:

Emergenza:

Paura del dolore fisico, timore di una punizione a casa o a scuola, inconsapevolezza della situazione

Azione:

Relazionarsi con il bambino senza farlo sentire “inferiore”, evitare di mentirgli, evitare le domande “aperte”

Adolescenti: 13 – 18 anni

- Sviluppo variabile
- Preoccupati per l’immagine del proprio corpo
- Molto indipendenti
- I coetanei sono molto importanti
- Interrogate il ragazzo lontano dai parenti
- Prestate attenzione a quello che non dicono

I TRAUMI NEGLI ADOLESCENTI POSSONO FARLI “REGREDIRE”, CIOE’ ASSUMERE COMPORTAMENTI ASCRIVIBILI A GRUPPI DI ETA’ PRECEDENTI!

Esempio di “Emergenza per questo bambino”: Adolescente:

Emergenza:

Caduta con la moto (rotto il “giocattolo”), piccola ferita sul viso (“sfregio”), omertà

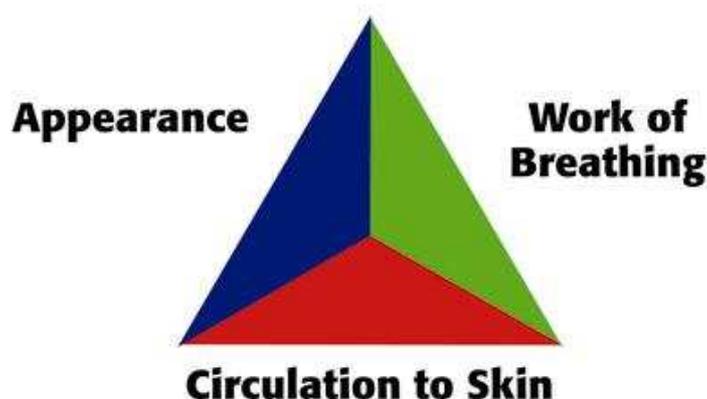
Azione:

Relazionarsi “in pari grado”, evitare di ascoltare prima gli adulti eventualmente presenti, non colpevolizzare a priori

Pediatric Assessment Triangle (Triangolo di valutazione pediatrica)

triangolo di valutazione pediatrica

- Valutazione visiva
- Identifica la categoria generale dell’anormalità fisiologica
- Stabilisce la gravità della malattia e/o del trauma
- Determina l’urgenza dell’intervento



Presentazione

- Tono
- Interazione
- Consolabilità
- Look (sguardo/fissa?)
- Speech (parla/piange?)

Lavoro respiratorio

(WOB: work of breathing)

- Stridori / borbottii
- Espansione toracica simmetrica
- Utilizzo dei muscoli accessori
 - Retrazioni
 - Alitamento delle pinne nasali / ondulazione del capo
- Posizione

Circolo cutaneo

- Colore
- Idratazione/Sudorazione

All’arrivo sul posto:

- Preparazione pre-arrivo
- Valutazione della scena (PERICOLI!)
- Valutazione generale – (ambiente e PAT)

- Valutazione iniziale: cosa è successo? Eventuali decisioni sul trasporto
- Ulteriori informazioni utili: storia, esame fisico (Traumi?)
- Approccio ulteriore durante il trasporto

Valutazione della scena

Concetto chiave: Interazione con i “Caregivers“

- Si comportano in modo appropriato?
- Sono preoccupati?
- Sono adirati?
- Sono indifferenti?



Conclusione: valutazione pediatrica

- La preparazione pre-arrivo è importante nella risposta alle emergenze che coinvolgono pediatriche
- La conoscenza dello sviluppo normale di un bambino e della fisiologia specifica per l'età è un fattore critico
- La domanda “malato/non malato”, oppure “è tutto a posto/ è successo qualcosa” è la linea di demarcazione per le successive decisioni sul trasporto ed il trattamento del bambino

Bambini con bisogni sanitari speciali

Obiettivi

- Capire “chi è” un bambino con bisogni sanitari speciali
- Descrivere le preoccupazioni e le attenzioni da avere nella valutazione di bambini che presentano bisogni sanitari speciali
- Definire le priorità di trattamento particolari per questa categoria di bambini

CSHCN o TAC: Definizione

Bambini con bisogni sanitari speciali : sono a rischio aumentato o soffrono di condizioni fisiche croniche, di sviluppo, di apprendimento o cognitive, di comportamento o emozionali particolari e che per questo richiedono un tipo o una quantità di servizi sanitari o di sanità in genere che va oltre quella richiesta dagli altri bimbi (From Commentary in Pediatrics, Vol. 102, No. 1 July 1998)

La comunicazione con le famiglie

Concetto chiave: Stato di salute di base del bimbo

- I bambini con bisogni sanitari speciali possono presentare parametri vitali o status mentale alterati quali “status di base”. La decisione per il trattamento deve essere basata su *cosa* è “normale” per *questo* bambino
- Chi si prende cura di questi bambini rappresenta la migliore fonte di informazioni
- Chiedere:
 - Qual’è lo stato normale di questo bambino?
 - Quali sono le cose che vi aspettate dal bambino quando sta bene?
- Quali particolari considerazioni potete fare in merito al trasporto?

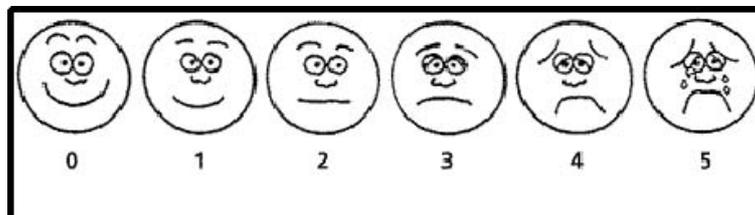
Conclusioni

- Grazie allo sviluppo delle cure mediche, molti bambini con bisogni sanitari speciali sopravvivono oltre l’età infantile.
- Con lo sviluppo delle cure a domicilio, i servizi di emergenza sanitaria devono essere pronti a trattare bambini con problemi sanitari cronici e complessi
- La collaborazione con chi si prende cura dei bambini o la consultazione dei loro medici, rappresenta la chiave di volta nel trattamento di questi particolari pazienti.
- Concetto chiave:

Considerazioni particolari per il trasporto:

- Prendete ogni parte dell’equipaggiamento e documentazione con il bambino, inclusi farmaci, prescrizioni, ed eventuali informazioni sanitarie per le situazioni di emergenza
- Se possibile, trasportare i familiari per essere aiutati nella cura del bambino
- Rivalutate frequentemente durante il trasporto

La valutazione del dolore in un bambino: le faccine di Wong-Baker



Sindrome della morte improvvisa dell'infante (SIDS)

Obiettivi

- Descrivere la presentazione clinica ed i fattori di rischio della SIDS
- Descrivere le priorità di trattamento per pazienti affetti da SIDS e del contesto familiare
- Discutere la risposta dei familiari alla morte di un neonato o di un bambino

Un caso reale...

- L'1-1-8 e le Forze di Polizia sono inviate a casa di un bimbo di 4 mesi trovato senza vita nella sua culla dai genitori dopo un sonnello.
- Al vostro arrivo trovate il padre che sta facendo RCP sul bimbo, mentre la madre singhiozza abbracciando la sorellina di 2 anni.

Valutazione generale: PAT: Non cosciente, non risponde, nessuna attività respiratoria, cianotico

Valutazione generale e priorità di trattamento: Qual'è la vostra impressione generale? Ammalato, arresto cardiorespiratorio

Quali sono le vostre priorità di trattamento?

- Iniziare la ventilazione in maschera
- Iniziare le compressioni toraciche
- Valutare i segni che possono indirizzarvi verso l'inutilità di una rianimazione
- Allertare le altre componenti del soccorso e/o aggiornarle sulla situazione

Priorità di trattamento

- Questo bimbo è morto, e le manovre rianimatorie non hanno successo nè sul posto nè in ospedale.
- Se la morte non può essere dichiarata sul posto, seguire i protocolli standard di rianimazione e trasportare in ospedale.
- Se il piccolo è dichiarabile morto, focalizzare la propria attenzione su:
 - Comunicazione e cura dei genitori
 - Controllo dell'ambiente e della storia, sullo scenario
 - Dichiarazione della morte ed attivazione dei servizi di supporto

Questioni chiave:

- Cosa è successo?
- Chi ha trovato il bambino e dove?
- Cosa hanno fatto i genitori?
- Il bambino è stato spostato?
- Quando il bimbo è stato visto vivo per l'ultima volta?
- Il bimbo era mai stato ammalato?
- Il bimbo ha assunto farmaci?

Concetto chiave: SIDS

Spesso definita "morte in culla" o "morte del lettino", SIDS è il nome dato alla morte inattesa di ogni neonato o bambino che non sia spiegata da una storia clinica e in cui tutti gli accertamenti clinici eseguiti post mortem non sono riconducibili a nessuna causa di morte.

- La SIDS è la principale causa di morte nei bambini al di sotto di un anno di età.
- Circa di 3.000 bambini muoiono ogni anno negli USA a causa della SIDS.
- Rara al di sotto del primo mese (1%) e oltre un anno di vita:
 - 95% degli eventi si verificano in bambini al di sotto di un anno.
 - 88% degli eventi si verificano al di sotto dei primi sei mesi di vita.
 - Il picco di incidenza è compreso tra il secondo ed il quarto mese di vita
- Una causa di morte è identificabile solo nel 5% dei casi di SIDS.

In Italia^(*): 300-400 casi/anno:

- 50-60 casi di SIDS
- 250-300 casi di morte inaspettata perinatale

Non sono documentate le morti in utero tra 25° e 40° settimana di vita gestazionale

^(*)Fonte: Istituto di Anatomia Patologica Università di Milano

Fattori di rischio per SIDS

- Posizione del sonno prona
- Prematurità, basso peso alla nascita
- Cuscini o coperte particolarmente voluminosi o soffici, o sciarpe, scialli, coperte imbottite nella culla
- Uso di tabacco da parte della madre durante e dopo la gravidanza

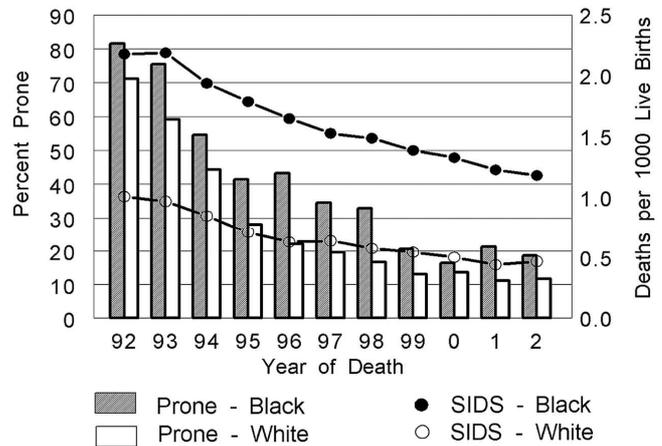
–Giovane età della madre

Concetto chiave: Posizione del sonno e SIDS

- La percentuale di SIDS è diminuita parallelamente alla riduzione della posizione prona nel sonno.
 - La campagna "Dormire sulla schiena" ha avuto un impatto marcato sull'incidenza della SIDS.

Dal 1994:

- La frequenza di bambini che dormono in posizione prona è diminuita dal 70% al 20%.
- La percentuale di SIDS è diminuita del 40%.



Apparenza esterna delle vittime di SIDS

- Cute fredda
- Presenza di gemizio di liquido schiumoso o tinto di sangue dalla bocca o dal naso
- Presenza di cute livida o scura, mazzette blu-rossastre sulle superfici declivi del corpo
- Normale idratazione e alimentazione
- Rigor mortis
- Vomito (non comune)

Considerazioni per il trasporto: Stare o andare? Questo bambino può essere dichiarato morto sul posto?

– La constatazione di morte deve sempre essere effettuata da un medico

– Alcuni criteri da considerare:

- Presenza di macchie ipostatiche
- Presenza di rigor mortis
- Decapitazione, maciullamento
- Incenerimento (non nella legislazione italiana)
- Eviscerazione, fuoriuscita di materia cerebrale (non nella legislazione italiana)
- Forze dell'Ordine... sempre, ma soprattutto quando qualcosa "non quadra"

Termine delle manovre rianimatorie

- Non esistono linee guida che definiscano il termine degli sforzi rianimatori, sullo scenario, nel bambino.
- Linee guida American Heart Association:
 - Molti dei bambini colpiti da arresto cardiaco non sopravvivono;
 - Se il bambino non presenta risposta a due somministrazioni di adrenalina, è improbabile che il bambino sopravviva;
 - In assenza di TV, FV, storia di esposizione a tossici o ipotermia, le manovre rianimatorie possono essere interrotte qualora non si abbia un ritorno spontaneo, quando si esauriscano le forze o quando un equipaggio abilitato possa dichiarare la morte

Concetto chiave: Comunicazioni in merito ad una morte inattesa di un bimbo:

- Usate il nome del bambino
- Mostrate empatia, partecipate le vostre condoglianze
- Ponete le vostre domande in modo non “burocratico”. Non siate mai ostili o adirati
- Usate un tono di voce calmo e diretto
- Siate chiari con le istruzioni, rispondete alle domande
- Fornite spiegazioni ai genitori in merito a cosa c’è da fare
- Redigete un rapporto qualora necessario
- Rassicurate i genitori sul fatto che non c’è nulla di altro che essi avrebbero potuto fare
- Permettete ai genitori di accompagnare il bambino, se possibile

La SIDS: normativa italiana

Recentemente (23 gennaio 2006), approvata dalla commissione affari sociali della camera dei deputati la proposta di legge che introduce l’obbligo di:

- riscontro istopatologico ed eventuale esame autoptico per tutti i feti deceduti, senza cause apparenti, dopo la 25° settimana di gestazione;
- riscontro anatomo-istopatologico per tutti i neonati morti improvvisamente entro il primo anno di vita;
- tutti i dati perverranno all’Istituto di anatomia patologica dell’università di Milano, che istituirà una banca dati nazionale;

In seguito...

- La rianimazione prosegue per 20 minuti, successivamente il bambino è dichiarato morto.
- Viene fornito supporto psicologico ai genitori nelle successive ore, che i genitori trascorrono con il loro bambino per “dirgli ciao”.
- Il medico ed il Funzionario di Polizia approcciano la famiglia per comunicare la necessità di effettuare gli accertamenti clinici post mortem.
- Diagnosi: SIDS

Conclusioni

- Anche se l’incidenza della SIDS è diminuita in modo significativo, resta la causa principale di morte nei bambini con meno di 1 anno di età.
- Se lavorate abitualmente in team tra componenti del soccorso, in ambito locale, sarete sicuramente facilitati nel compito
- La cura dei familiari avrà il miglior effetto, sia pur a lungo termine, nelle situazioni in cui il paziente non può essere salvato
- In tutti i pazienti con SIDS che non possono essere rianimati, fornire assistenza ai familiari può fare la differenza.
- La morte di un bambino è un evento emozionale che coinvolge **tutte** le persone coinvolte, a prescindere dalle cause.

Appendice

Decesso figlio malato a domicilio: genitori a rischio suicidio

Oltre a prolungati stati d’ansia e depressione, i genitori di un figlio che muore a domicilio potrebbero essere ad elevato rischio di suicidio (...) In generale, l’assistenza verso i genitori di bambini che hanno sofferto di malattie molto prolungate prima, durante e dopo il decesso è parte integrante di un servizio assistenziale completo.

A tale scopo i genitori dovrebbero essere messi in contatto con gruppi assistenziali opportunamente strutturati. (*BMJ 2006; 332: 620-1 e 647-8*)

*Quando un figlio unico muore entro il primo anno di vita,
i genitori si separano nel 70% dei casi.*

(*BMJ* 2006; 332: 620-1 e 647-8)

...ed una postilla...

**COUNSELLING
PER GLI OPERATORI
DELL'EMERGENZA!!!!!!**

Comitato Scientifico AIFE – Associazione Italiana Formazione Emergenza

COSA NON VORREMMO MAI VEDERE: IL BAMBINO ABUSATO, MALTRATTATO O CHE HA PAURA

Maltrattamenti e abusi: una premessa, e qualche definizione per capirci bene!

- **MALTRATTAMENTO:** insieme di violenze fisiche e/o morali;
- **NEGLIGENZA:** atteggiamento di chi adempie svogliatamente e con scarso impegno i propri doveri; incuria, trasandatezza, grave dimenticanza; il venir meno alle cautele richieste comunemente per un comportamento;
- **ABUSO:** uso eccessivo, improprio, illegale di qualcosa;
- **VIOLENZA:** tendenza all'uso della forza, aggressività; carattere aggressivo di un atto; uso della forza per ottenere qualcosa; intensità, forza a cui è impossibile e difficile opporsi;

Obiettivi

- Descrivere i fattori di rischio del maltrattamento minorile
- Elencare gli elementi della storia e della valutazione fisica suggestivi di maltrattamento
- Riconoscere i principali segni e sintomi dell'abuso su minori
- Descrivere come comportarsi in caso di sospetto maltrattamento/abuso

Presentazione del caso

- Rispondete a una chiamata per un bimbo che “non vuole smettere di piangere”
- Arrivate in un'abitazione in disordine ove trovate una bimba di 3 anni stesa sul divano che si succhia il pollice e si guarda intorno con apprensione
- La madre vi racconta che la bimba ha pianto tutto il giorno senza motivo. Il compagno della madre fornisce spontaneamente l'informazione che Silvia è goffa ed impacciata e potrebbe essersi fatta male da sola al parco 2 giorni fa

Valutazione generale: PAT: **Cosa sta succedendo? Va tutto bene? E' tutto a posto?**

Impressione generale: tutto ok?

- Impressione generale: La bimba non è malata, ma le interazioni sociali non appaiono appropriate
- Nessun bisogno di trattamento sanitario immediato: la priorità è costituita dall'ulteriore valutazione della scena e della bimba. All'osservazione della bimba: Multiple ecchimosi scure, gialle e purpuree alle gambe, tronco e schiena; polso destro tumefatto e molle alla palpazione

Cosa pensate a questo punto?

NIENTE.
VOI non dovete
PENSARE a niente.

Priorità di trattamento: l'evidenza

- Numerose ecchimosi
- Possibile frattura polso
- Gestione sul luogo della piccola:
 - Parlate alla bimba con voce calma, chiamandola per nome
 - Immobilizzate il polso (stecca o bendaggio) spiegando come e perchè

Decisione di trasporto: Stay or Go?

- La bimba non necessita di cure mediche immediate ma è a rischio di ulteriori lesioni
- Comunicare la necessità di trasporto ai caregivers/genitori
 - Evitate il confronto con i caregivers
 - Non giudicate nè formulate accuse
 - Predate iniziative solo con l'assistenza delle Forze dell'Ordine
 - Trasportate per garantire la sicurezza del paziente
- Prendete in considerazione la sicurezza della madre e di altri bambini presenti in casa

Concetto chiave: "RED FLAGS" DELL'ABUSO

- La storia non coincide con le lesioni
- Le versioni della storia subiscono cambiamenti
- La storia non corrisponde allo stadio comportamentale evolutivo del bambino
- Ritardo nella richiesta di cure
- Interazione bimbo – caregiver inappropriata

Concetto chiave: FATTORI DI RISCHIO PER ABUSO

- Bambini al di sotto dei 5 anni
- Utilizzo domestico di alcool o droghe
- Storia di violenza domestica
- Storia familiare di maltrattamenti

Tipologie di maltrattamento minorile

- I bambini possono presentare segni di:
 - Abuso fisico
 - Abuso emozionale
 - Abuso sessuale
 - Negligenza (emozionale, nutrizionale, medica)
- Il maltrattamento minorile si presenta in tutte le etnie, indipendentemente dai gruppi socioeconomici di appartenenza, ed in tutte le classi sociali!

Le principali lesioni fisiche nell'abuso

Ogni sospetto di abuso va segnalato ai Sanitari che ricevono il bambino o, da questi ultimi, all'Autorità Giudiziaria competente. E' obbligo di ciascuno, e non porterà mai ad alcuna conseguenza. L'importanza di segnalare, per iscritto, ogni lesione riscontrata, sarà di utilità assoluta a coloro che dovranno occuparsi, in seguito, del problema.

L'ideale sarebbe, da parte dei sanitari, poter effettuare un rilievo fotografico di ogni lesione riscontrata.

Lesioni da gioco o lesioni da abuso?

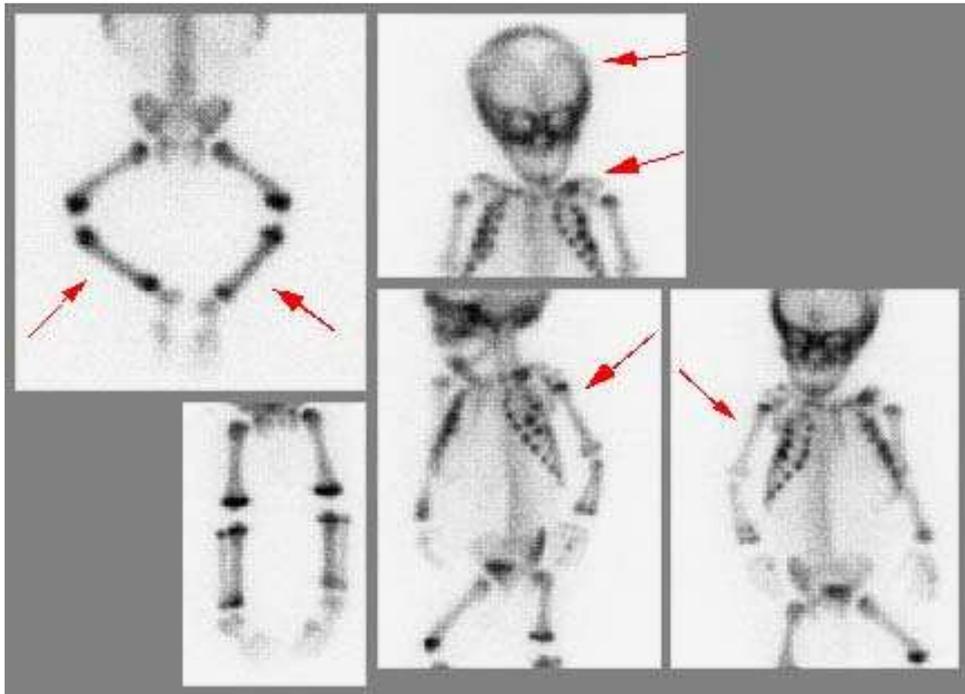
- Segni di morsicatura umana
- Fratture multiple
- Ecchimosi al viso



Lesioni tipiche nell'abuso

- Ustione a guanto/calzino
- Ustione "a ciambella" (Risultanti dalla immersione forzata di parti del corpo in acqua bollente)
- Ecchimosi di vario colore (dal bluastro al porpora per passare poi al verdognolo-giallastro) che evidenziano traumatismi ripetuti e in varie epoche
- Segni di fustigazione (corde, cinture)
- "Sculacciamenti" con assi o corpi rigidi (spanking)
- Morsi umani
- Riscontri radiologici di fratture avvenute in diverse epoche; segni di riparazione ossea;





Concetto chiave: Segni che mimano l'abuso

- Macchie mongoliche
- Cao Gai (strisciate con moneta)
- Cupping (segno della tazza)



Progressione del caso

La bimba viene trasportata assieme alla madre in ambulanza al Dipartimento di Emergenza. In PS: una radiografia mostra frattura dell'avambraccio e diverse altre fratture delle estremità in via di riparazione
La madre confessa l'abuso fisico della figlia e proprio ad opera del compagno.

Vengono eseguite foto delle lesioni

Viene inoltrata notifica alle forze dell'ordine ed ai servizi di protezione dell'infanzia.

Conclusioni

- Diagnosi: trauma non accidentale
- Esito: il compagno della madre viene arrestato; la bimba data in affidamento dai servizi di protezione dell'infanzia ad una famiglia sicura

Concetto chiave: “Red Flags” del maltrattamento

- Condizioni domestiche non idonee
- Caregiver troppo giovane
- Abuso di droghe e/o alcool da parte del caregiver
- Mancanza di cibo e latte
- Malnutrizione, deficit dell'accrescimento
- Mancanza di cure mediche appropriate

Responsabilità del soccorritore nel sospetto di abuso: Responsabilità medico-legali... ma non solo:

- Sospettare: cercare e/o identificare circostanze sospette
- Proteggere: trasportare e fornire cure mediche appropriate
- Rispettare: comunicare con i caregivers astenendosi dal giudizio
- Raccogliere: documentare ogni indizio scoperto e relazionare il sospetto di maltrattamento o negligenza

Conclusioni

Sospettate il maltrattamento se:

- La storia non regge
- L'interazione bambino – caregiver è inappropriata
- I reperti fisici non sono spiegabili dalla storia o non corrispondono alle abilità evolutive acquisite dal bimbo
- Siate l'avvocato del bambino: considerate sempre la possibilità di maltrattamento su un minore
- Documentate dettagliatamente le vostre osservazioni
- Segnalate ogni sospetto abuso al personale del Dipartimento di Emergenza
- Assicuratevi che siano contattate le forze dell'ordine ed i servizi di protezione dell'infanzia

Lecture consigliate

Libri di testo

AAP & ACEPS “The Pediatric Emergency Medicine Resource”, 4th Ed., Sudbury, MA, Jones & Bartlett Pub, 2004;

Hazinski M, Zaritsky A, Nadkarni V et al. “PALS Provider Manual”; AHA 2002;

Reece R, Ludwig S: “Child Abuse: Medical diagnosis and management” 2nd Ed., Lippincott, Williams & Wilkins;

AA.VV. American Academy of Orthopaedic Surgeons, Emergency Care and Transportation of the Sick and Injured, 9° edizione. Sudbury, MA, Jones & Bartlett Publishers, 2005;

AA.VV.: American Academy of Paediatrics – “PEPP – Pediatric Education for Pre-Hospital Professionals”; Jones & Bartlett Pub., - Sudbury, Mass (USA), 2007;
American Academy of Pediatrics e American College of Emergency Physicians, APLS: the Pediatric Emergency Medicine Resource, 4° edizione. Sudbury, MA, Jones & Barlett Publishers, 2004;
Anne M, Agur A, Dalley A: Grant’s Atlas of Anatomy, 11° edizione. Lippincott Williams & Wilkins, 2004;
Bledsoe B, Porter R, Cherry R: Essentials of Paramedic Care, New Jersey, Prentice Hall, 2003;
Hazinski M, Zaritsky A, Nadkarni V, et al: PALS Provider Manual. American Heart Association, 2002;
Zitelli B, Davis H: Atlas of Pediatric Physical Diagnosis, 4° edizione. Filadelfia, Mosby, 2002;

Articoli

Johnson CF: “Child maltreatment 2002: Recognition, reporting and risk”; Pediatric Int. 2002;44:554-560;
Kairys S: “Distinguishing SIDS from child abuse fatalities”; AAP, Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics, Feb. 2001;107;(2);437-441;
Kempe CH: “The battered child syndrome”; JAMA, 1962;181:17-24;
Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. “World report on violence and health”; Geneva, WHO, 2002;
Gausche M. Out-of-hospital care of pediatric patients. Pediatr Clin North Am. Dic. 1999; 46(6): 1305-27;
Giusto, A.: “Aiuto, cosa succede? Ho paura! – L’emergenza vista da e con gli occhi di un bambino”; EmergencyOggi, marzo 2008, pagg. 8-12;
Monterosso, M. “Gestione del dolore nel paziente pediatrico”; Trento, Settembre 2006;
Warren J. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. Crit Car Med. Gennaio 2004; 32(1): 256-62;

Siti web

http://www.who.int/violence_injury_prevention7violence7world_report/en/FullWRVH.pdf

CD-ROM

AAP: “Visual Diagnosis of Child Abuse”; AAP, Elk Grove Village, IL, 2001;
Lauridson J, Levin A, Parrish R et al. “Shaken Baby Syndrome. A visual overview”; Version 2.0, National Center on Shaken Baby Syndrome, 2003;